FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marguerite, Gabrielle, Josèphe LEVASSEUR, née DUVINAGE

Externe des Hôpitaux de Paris

Née le 20 Juin 1933, à Alençon (Orne)

Présentée et soutenue publiquement le 15 *mai* 1962

LA VALEUR DE LA KYSTO-JEJUNOSTOMIE POUR KYSTE HYDATIQUE

A propos d'un cas de volumineux kyste hydatique postéro-supérieur du lobe droit du foie, traité par cette méthode

Président : M. BAUMANN, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : LEVASSEUR

Prénoms : MARGUERITE, GABRIELLE, JOSÈPHE

Nom de jeune fille : DUVINAGE

Date de soutenance : 15 mai 1962

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

LEVASSEUR (MARGUERITE, GABRIELLE, JOSÈPHE), née DUVINAGE. — La valeur de la kysto - jéjunostomie pour kyste hydatique. A propos d'un cas de volumineux kyste hydatique postéro - supérieur du lobe droit du foie, traité par cette méthode. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, in-8°, 32 *p.*, 5 *fig.*
(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1962, *N°* .....).

LEVASSEUR (MARGUERITE, GABRIELLE, JOSÈPHE), née DUVINAGE. — La valeur de la kysto - jéjunostomie pour kyste hydatique. A propos d'un cas de volumineux kyste hydatique postéro - supérieur du lobe droit du foie, traité par cette méthode. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, in-8°, 32 *p.*, 5 *fig.*
(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1962, *N°* .....).

LEVASSEUR (MARGUERITE, GABRIELLE, JOSÈPHE), née DUVINAGE. — La valeur de la kysto - jéjunostomie pour kyste hydatique. A propos d'un cas de volumineux kyste hydatique postéro - supérieur du lobe droit du foie, traité par cette méthode. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, in-8°, 32 *p.*, 5 *fig.*
(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1962, *N°* .....).

LEVASSEUR (MARGUERITE, GABRIELLE, JOSÈPHE), née DUVINAGE. — La valeur de la kysto - jéjunostomie pour kyste hydatique. A propos d'un cas de volumineux kyste hydatique postéro - supérieur du lobe droit du foie, traité par cette méthode. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, in-8°, 32 *p.*, 5 *fig.*
(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris*, 1962, *N°* .....).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marguerite, Gabrielle, Josèphe LEVASSEUR, née DUVINAGE

Externe des Hôpitaux de Paris

Née le 20 Juin 1933, à Alençon (Orne)

Présentée et soutenue publiquement le 15 *mai* 1962

LA VALEUR DE LA KYSTO-JEJUNOSTOMIE POUR KYSTE HYDATIQUE

•

A propos d'un cas de volumineux kyste hydatique postéro-supérieur du lobe droit du foie, traité par cette méthode

Président : M. BAUMANN, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Jean VERNE — 2e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales : *Beaujon* : LORTAT-JACOB (J.-L.) — *Cochin* : LÉGER (L.) — *Hôtel-Dieu* : PATEL (J.) — *Pitié* : CORDIER (G.) — *Saint-Antoine* : GOSSET (J.) — *Salpêtrière* : SICARD (A.) — *Tenon* : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales : *Boucicaut* : LENÈGRE (J.) — *Broussais* : SOULIÉ (P.) — *Cochin* : JUSTIN-BESANÇON (L.) ; BROUET (G.) — *Hôtel-Dieu* : BARIÉTY (M.) — *Lariboisière* : SÈZE (S. DE) — *Pitié* : DREYFUS (G.) — *Saint-Antoine* : KOURILSKY (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales : *Baudelocque* : LACOMME (M.) — *Foch* (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Olivier (G.).

Anatomie pathologique :
Mlle Gauthier-Villars (P.), *pr. s. ch.* ; MM. Abelanet (R.); Busser (F.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *m. conf.* ; Nezeloff (Ch.); Orcel (L.); Paillas (J.).

Anesthésiologie :
MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie :
MM. Barbier (P.); Christol (D.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale :
MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Kruh (J.); Jérome (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Carcinologie :
MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. Civatte (J.); Duperrat (B.).

Electro-Radiologie :
M. Ledoux-Lebard (G.).

Hématologie :
MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie :
MM. Coujard (R.), *pr. s. ch.* ; Marois (M.); Racadot (J.).

Hydrologie :
MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène :
MM. Boyer (J.), *pr. s. ch.* ; Blancher (G.); Mlle Corre-Hurst (L.); M. Sapin-Jaloustre (H.).

Maladies infectieuses :
MM. Bastin (R.); Dupont (V.).

Médecine légale :
MM. Derobert (L.), *pr. s. ch.* ; Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.).

Médecine du travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Obstétrique :
MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Lévy (J.); Morin (P.); Musset (R.); Robey (M.); Senèze (J.); Sureau (C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie :
MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie :
MM. Judet (R.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.).

Oto-rhino-laryngologie :
MM. Debain (J.); Pialoux (P.).

Parasitologie :
MM. Golvan (Y.); Lapierre (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Cauchoix (J.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dubost (Ch.); Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Lévêque (B.); Loygue (J.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Robert (H.); Thomeret (G.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. Benhamou (J.-P.); Berthaux (P.); Boivin (P.); Crosnier (J.); Hartmann (L.); Lœper (J.); Maurice (J.); Mikol (Cl.); Richet (G.).

Pathologie médicale :
MM. Aussannaire (M.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y.); Bricaire (H.); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Laroche (Cl.); Lesobre (R.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nick (J.); Royer (P.); Tourneur (R.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. Joseph (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Mande (R.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rossier (A.); Vialatte (J.).

Pharmacologie :
MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie :
MM. Barres (G.); Dejours (P.); Durand (J.); Girard, *m. conf.* ; Hugelin (A.); Scherrer (J.).

Physique médicale :
MM. Chanteur (J.); Gougerot (L.), *m. conf., pr. s. ch.* ; Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-Cl.); Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. KREIS (B.); MEYER (A.); RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.); FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.), *m. conf. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.); MARCHE (J.).

Urologie :
MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.), *pr. s. ch.*; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538124_0071

A MON MARI

Avec ma plus profonde gratitude.

A MES PARENTS

Avec toute ma reconnaissance.

A MON FILS, ERIC

A MES FRERES ET SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur BAUMANN

Professeur de la Chaire d'Anesthésiologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux

Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé COUINAUD

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur MOREL-FATIO

Avec mes respectueux sentiments.

A Madame le Docteur PFEIFFER

A Messieurs les Docteurs

DAYAN et VUARNESSON

Qui m'ont dirigée au cours de mes stages d'anesthésiologie.

Avec tous mes remerciements.

A Messieurs les Docteurs

H. GOZLAND et LEOPOLD

En remerciement de leur enseignement.

INTRODUCTION

Malgré l'avènement de nouvelles méthodes d'exploration pré-opératoires permettant de mieux connaître et préciser la localisation du kyste (en particulier la gammagraphie), malgré l'apparition, le perfectionnement de nouvelles méthodes, la chirurgie du kyste hydatique reste difficile et le traitement délicat à codifier.

Les énormes kystes rétro et sus-hépatiques avec compression cavo-sus-hépatiques posent tout particulièrement de difficiles problèmes, car la chirurgie radicale (hépatectomie, kystectomie, résection de l'adventice extériorisée) est alors dangereuse, et les méthodes palliatives sont souvent décevantes, voire même pour certaines, non dénuées de risque (marsupialisation).

Une récente technique de drainage interne, la kysto-jéjunostomie réalisée et préconisée par GOINARD, PÉGULLO, PÉLISSIER (1960), et appliquant aux kystes hydatiques le principe de la kysto-entérostomie des faux kystes du pancréas, semble dans ces cas fort intéressante.

Cette méthode qui consiste, après évacuation du parasite, à anastomoser une anse jéjunale en Y à la partie déclive de la cavité, semble théoriquement très satisfaisante, amenant un large drainage de la cavité, permettant avec le temps son effacement progressif; elle évite en outre la déperdition liquidienne externe, très importante dans les gros kystes.

Ce sont les résultats de cette méthode appliquée à un énorme kyste postéro-supérieur du lobe droit, fistulisé aux voies biliaires avec compression sus-hépatique, que ce travail se propose d'exposer et d'analyser.

CHAPITRE I

PLACE DE LA KYSTO-JEJUNOSTOMIE

I. — CARACTERES PARTICULIERS DE CES KYSTES POSTERO-SUPERIEURS DROITS

Les gros kystes postéro-supérieurs du lobe droit sont des kystes dont l'évolution est déjà assez longue.

Cette ancienneté rend compte de :

- Leur ouverture fréquente aux voies biliaires.

Il peut s'agir de fissuration (90 % des kystes opérés d'après le Professeur BOURGEON [2]).

Ou de fistulisation : les voies biliaires étirées par le kyste et fragilisées par la réaction adventicielle vont se rompre, entraînant l'infection de l'espace virtuel péri-parasitaire.

Les fistules peuvent être multiples, périphériques et alors de calibre réduit; soit de fort calibre et alors peu nombreuses.

- Cette ouverture dans les voies biliaires explique l'extrême fréquence avec laquelle on rencontre une infection, en règle latente, de ces kystes.

L'aspect multi-vésiculeux du parasite (vésicules filles et petites-filles) traduit la souffrance du kyste; le contenu en est un magma gélatineux plus ou moins compact avec vésicules filles, les unes flétries, les autres vivantes, teinté en vert ou jaune, assez épais. La membrane mère n'est plus souvent reconnaissable.

L'adventice est parallèlement le siège d'une réaction inflammatoire et infectieuse. Sous l'influence d'une prolifération conjonctive importante, elle s'épaissit, peut s'imprégner plus ou

moins de calcaire, limitant en définitive une poche rigide, exposée à l'infection chronique, que le seul traitement du parasite ne suffit évidemment plus à effacer.

• *Par ailleurs, le siège et le volume considérable* que peuvent atteindre ces tumeurs bénignes, parfois à cheval sur les deux foies, expliquent la fréquence des compressions veineuses (avec à la longue, possibilité de thrombose) :

— *sus-hépatiques,* gênant, voire interrompant la circulation des multiples veines sus-hépatiques convergeant vers l'un ou l'ensemble des trois troncs, véritable Budd-Chiari hydatique;

— *cave inférieure* pour les très gros kystes, justifiant l'intérêt de la cavographie inférieure;

— *cavo-sus-hépatique,* associant les deux cas précédents.

Ces troubles peuvent régresser après traitement du parasite; mais l'évolution à long terme peut en être une cirrhose définitive.

C'est dire la difficulté des indications thérapeutiques dans de telles circonstances.

II. — LES METHODES RADICALES

Elles sont pratiquement inapplicables ; en effet :

— Ces interventions donnent de très loin les meilleurs résultats, mais les risques y sont plus grands, surtout ici, où l'état des malades est le plus souvent précaire.

— Les hépatectomies droites sont en outre grevées d'une excessive mortalité (50 % dans la littérature accessible [3]). La circulation collatérale et le caractère très hémorragique de cette opération, le risque de défaillance cardiaque par surcharge du cœur droit lors de la décompression du kyste hydatique y jouent un rôle déterminant.

> « La décompression créée par ces kystes droits très volumineux (réalisée en particulier en cas d'hépatectomie droite et compression cave) entraîne une perturbation brutale d'une hémodynamique lentement accoutumée à des conditions anormales. » (Bourgeon [1].)

— Enfin, la proximité des zones vasculo-biliaires importantes rend compte des dangers de la kystectomie dans ces cas.

— La mise à plat implique l'obligation de suturer toutes les fistules biliaires après les avoir soigneusement disséquées. Cette sécurité peut difficilement être obtenue dans ces kystes où les fistules sont parfois seulement visibles après déplissement aux valves éclairantes.

III. — LES METHODES PALLIATIVES.

Les méthodes palliatives sur lesquelles il faut se rabattre, sont souvent décevantes.

— La marsupialisation est beaucoup plus dangereuse qu'on le pense, du fait de l'importance de la déperdition biliaire, de la morbidité de cette intervention, faisant courir un risque certain à ces sujets affaiblis (mortalité de l'ordre de 40 %).

— La réduction sans drainage de ces grosses cavités où l'on peut difficilement contrôler la fistule biliaire est très aléatoire.

— La réduction de la cavité close avec sphinctéroplastie complémentaire de drainage ne peut s'envisager qu'en cas de fistule de calibre suffisamment important (6 à 12 mm de diamètre).

En sorte que le problème de ces énormes kystes postéro-supérieurs n'était qu'imparfaitement résolu et que la marsupialisation restait parfois la seule possibilité.

Ces insuffisances ont amené récemment (1959) GOINARD, PÉGULLO et PÉLISSIER à mettre au point une nouvelle méthode de drainage interne : la KYSTO-JÉJUNOSTOMIE. Ces auteurs, qui préconisent une thérapeutique conservatrice du kyste hydatique, en ramenaient le traitement il y a trois ans à un nombre limité d'interventions :

— la résection du dôme saillant, suffisante pour eux dans 9/10e des cas;

— la réduction sans drainage;

— la réduction avec sphinctérotomie oddienne.

En fait, comme le montrent les deux observations suivantes rapportées par ces mêmes auteurs algérois, il est des cas limites : fistules mal aveuglées du fait du siège peu accessible, drainage biliaire interne inefficace (fistules de calibre insuffisant) : il s'agissait de volumineux kystes de la convexité droite ouverts dans les voies biliaires :

— l'un fut traité par réduction de la poche et sphinctéroplastie, après élargissement d'une fistule de moyen calibre;

— l'autre le fut par mise à plat après suture soigneuse des fistules.

Dans les deux cas, il apparut une rétention biliaire et il fallut réintervenir [5, 6].

C'est en étudiant ces deux échecs que PÉGULLO et PÉLISSIER proposèrent le drainage de ces grosses cavités résiduelles dans le jéjunum, par analogie à la kysto-entérostomie des pseudo-kystes du pancréas.

IV. — LA KYSTO-JEJUNOSTOMIE OU KYSTO-ENTERO-ANASTOMOSE

Réalise un drainage kysto-bilio-intestinal direct : c'est le drainage de la cavité résiduelle dans le jéjunum par une anse jéjunale montée en Y à la Roux, d'une soixantaine de centimètres de long, suturée en un plan à points séparés aux berges d'un orifice taillé dans l'adventice.

— Lors des deux échecs précédemment relatés, elle n'avait été proposée que dans un deuxième temps après un intervalle de quinze jours à un mois. Elle n'empêcha pas la mort trois jours plus tard dans le premier cas; dans le deuxième, à la suite de difficultés techniques, elle ne peut être réalisée et il fallut marsupialiser.

— *L'intervention princeps d'emblée* fut réalisée par PÉGULLO et PÉLISSIER pour un gros kyste de la convexité du lobe droit, extériorisé très haut sous le diaphragme, avec au

moins trois fistules de 3 à 4 mm à débit important, visibles à la valve éclairante et avec augmentation de la pression de passage oddien (17 à 18 cm) : kysto-jéjunostomie sur anse en Y en un plan au fil non résorbable. Points séparés. Suites simples, le malade fut revu guéri plusieurs mois après l'opération [5, 6].

AVANTAGES

A l'actif de cette technique, on pourrait retenir :

— La simplicité de sa réalisation et la sécurité du montage en Y.

— La qualité du tissu adventiciel assurant une bonne suture, permettant de réaliser une anastomose « sûre, facile, efficace, même si l'orifice de drainage n'est pas situé en position déclive, quand le sujet est en pro-cubitus » (GOINARD), ce qui était le cas pour la dernière observation.

— La compression de l'anse par le parenchyme hépatique, en cas de kyste hydatique de la convexité, ne serait pas à craindre; après « ponction du kyste, le foie ressemble souvent à un paquet de chiffon, l'hypocondre est pour ainsi dire vide et l'anse y est assez au large pour accomplir son rôle » (PÉGULLO et PÉLISSIER [5]).

INDICATIONS

La place de cette méthode est incomplètement précisée; elle est actuellement restreinte et ses promoteurs lui reconnaissent trois indications principales [4] :

1° *Les kystes à fistules relativement nombreuses et de moyen calibre,* visibles en déplissant aux valves éclairantes les anfractuosités de la poche adventicielle, trop peu accessibles donc pour être suturées toutes et efficacement : la simple mise à plat est alors aléatoire.

C'est bien le cas de la plupart des kystes de la convexité droite, souvent à cheval sur les deux lobes.

2° *Les kystes centraux avec larges fistules biliaires,* mais dont le parasite n'a pas encore souffert et *dont l'adventice* est de ce fait *encore fine et souple.*

— Volumineux et dans une zone dangereuse, la suture ne peut être réalisée.

— La souplesse des plis adventiciels interdit tout drainage par la fistule qui risque de se collaber.

Là encore la kysto-jéjunostomie est indiquée.

3° *Dans le cas où une suppuration importante altère l'adventice* qui tend à se séquestrer.

Dans le cas où *une adventice calcifiée risque de libérer des dépôts crétacés.* Etant donné le risque d'obstruction secondaire de la voie biliaire principale, il paraît préférable de réaliser une kysto-jéjunostomie plutôt qu'une fermeture avec sphinctéroplastie de drainage.

Malgré la largeur de l'anastomose kysto-jéjunale, l'orifice peut cependant se trouver obturé par un séquestre important; c'est dire la nécessité d'ôter les plaques calcifiées, les fragments déjà plus ou moins détachés et flottants dans la cavité après évacuation du parasite.

Cette nouvelle méthode semble donc satisfaisante sur le plan théorique. Certes, elle laisse persister une cavité résiduelle, mais son drainage est assuré par un large conduit intestinal. Le problème est celui de l'efficacité et de la permanence du drainage. Le résultat de Goinard, Pégullo et Pélissier fut un succès, malgré l'anastomose non déclive. Par contre, l'observation que nous allons rapporter maintenant n'a pas été favorable.

CHAPITRE II

OBSERVATION

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans (B... Yolande) ayant vécu une trentaine d'années en zone d'endémie hydatique (Tunisie).

Découverte d'une hépatomégalie très importante (21,5 cm), ferme et non douloureuse, isolée, sans ictère ni fièvre, avec radiologiquement une calcification hépatique inférieure.

— Casoni et Weinberg positifs.

— 4 % d'éosinophiles.

C'est un kyste hydatique du foie dont la localisation est précisée par :

1° *Une laparoscopie :*

— Lobe gauche hypertrophié.

— La face antérieure du lobe droit est modifiée, congestive, avec un faux aspect nodulaire; et au niveau du dôme, une portion lisse, blanchâtre, avec plusieurs zones translucides au niveau du sillon interlobaire.

— Le lobe de Spiegel est congestif, violacé, presque angiomateux.

2° *Une gammagraphie* à l'or colloïdal 198 montre, de face, une lacune considérable bordée en bas et à gauche par du parenchyme fonctionnel (*fig. 1*).

En somme, très gros kyste de la convexité droite avec compression sus-hépatique, comme en témoigne l'aspect du foie chez une malade dont l'état général est assez précaire. Il n'a pu être pratiquée de cavographie inférieure.

A L'INTERVENTION

Après thoraco-phréno-laparotomie avec ablation de la huitième côte, on trouve en effet un énorme kyste du volume d'une tête d'adulte, refou-

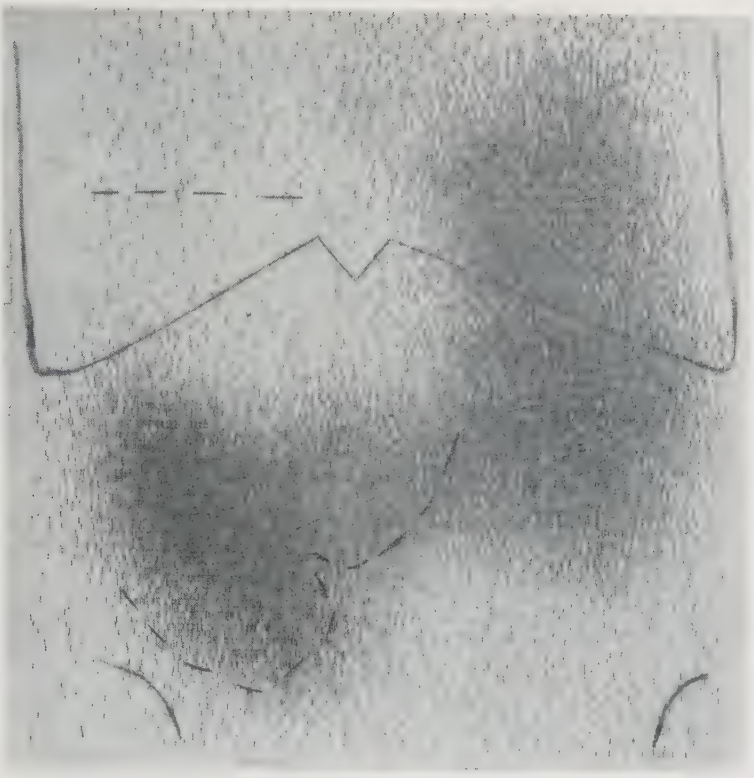

FIGURE 1

Gammagraphie pré-opératoire montrant la lacune considérable et le refoulement du foie droit. Lobe gauche hypertrophié

lant complètement en bas, en avant et à gauche un parenchyme très congestif. Il existe un peu d'ascite, mais la circulation intestinale semble peu importante. Le foie est dans l'hypocondre gauche, le droit est occupé par le kyste hydatique.

C'est une lésion ancienne (vésicules filles et magma par endroits teinté de bile) et volumineuse dont l'évacuation (5 litres) entraîne temporairement une élévation de la pression veineuse à plus de 70 cm d'eau, et une modification de la tension artérielle.

Le cholédoque est dilaté : cholédocotomie. Vérification de la liberté des voies biliaires extra-hépatiques. Drain de Kehr.

Quelle attitude adopter vis-à-vis de la cavité résiduelle ?

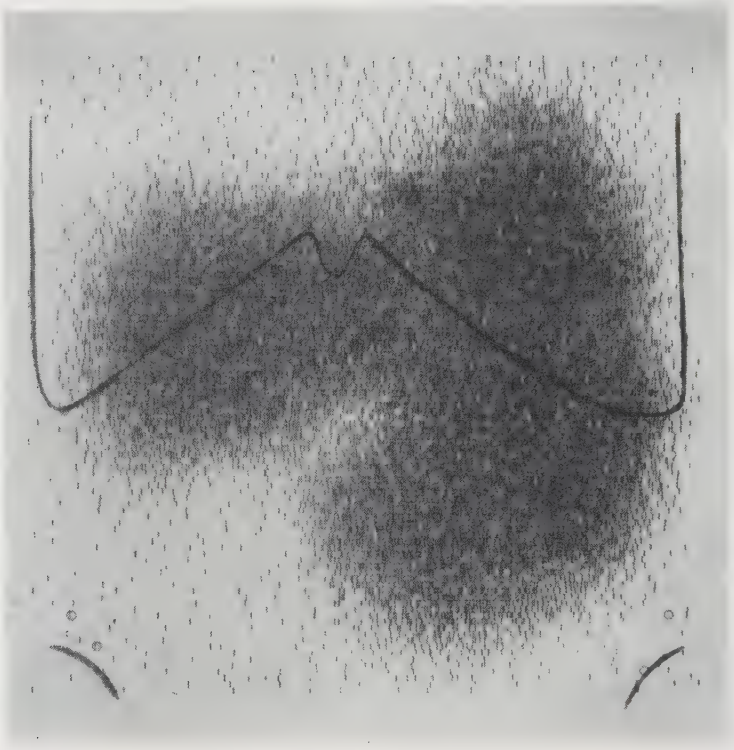

FIGURE 2

Gammagraphie post-opératoire : retour du parenchyme hépatique en position sensiblement normale. Loge gauche hypertrophié

— L'énorme circulation collatérale (veines à la surface du foie du volume du petit doigt) fait repousser toute intervention radicale : hépatectomie, kystectomie.

— Il semble peu prudent de fermer cette énorme cavité drainée par des fistules biliaires étroites.

— Du fait du volume de la cavité et des fistules biliaires, la marsupialisation semble dangereuse.

— L'exploration du kyste ayant par ailleurs montré que son pôle inférieur apparaît nettement dans la région pré-rénale latéro-duodénale droite, une kysto-jéjunostomie est décidée.

Montage d'une anse jéjunale à la Roux anastomosée à points séparés au lin à cette portion déclive du kyste après excision d'une petite pastille de la paroi.

Une *biopsie* hépatique du lobe droit réalisée en cours d'intervention confirme la compression de la voie sanguine de retour et l'existence d'une sclérose notable insulaire et portale.

FIGURE 3

Radiographie sans préparation trois jours après l'intervention, montrant déjà une rétention liquidienne importante dans la cavité avec niveau liquide très net

FIGURE 4

Fistulographie. Remplissage de la cavité résiduelle, mise en évidence de la communication biliaire. Aucun passage dans l'anse jéjunale montée

LES SUITES

• EVOLUTION GÉNÉRALE

Outre *une chute tensionnelle contrôlée pendant cinq jours par la néo-synéphrine,* l'évolution générale fut marquée par une complication sévère. Au bout de trois semaines, se développe un ictère :

— non rétentionnel, comme en ont fait foi les cholangiographies répétées par le drain de Kehr, motivant la liberté des voies biliaires, et les examens biochimiques ;

— mais par hépatite, comme l'ont prouvé les tests fonctionnels hépatiques.

Cet ictère est sévère, car tenace malgré les corticoïdes; il rechute quelques mois après, mettant dans l'immédiat la vie de la malade en jeu, et il engage probablement le pronostic vital pour l'avenir, du fait de sa tendance évolutive et de l'état préexistant du parenchyme hépatique.

• Evolution locale

L'évolution de la poche fut également aussi peu satisfaisante que possible.

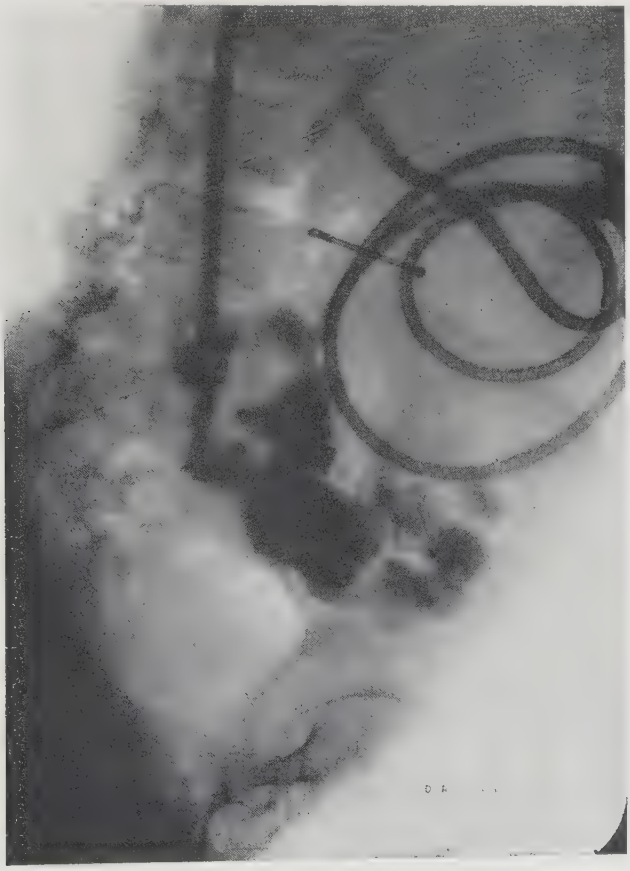

Figure 5

Opacification de l'anse jéjunale montée, par la sonde de Nélaton glissée dans la bouche d'anastomose lors de la seconde intervention

— Certes, le parenchyme hépatique revint à des dimensions sensiblement normales (débord de 2 à 3 doigts). Ceci est dû à la décompression (5 litres) (*fig. 2*).

— Mais extrêmement rapidement apparut une *rétention liquidienne,* puisque quarante-huit heures après l'intervention il existe sur les radiographies un niveau liquide très important dans la cavité (*fig. 3*).

L'infection de cette rétention kystique avec température élevée et altération de l'état général conduisit à une *ponction évacuatrice* ramenant 300 cm^3 d'un liquide bilieux, purulent, très fétide à colibacilles, et à la mise en place d'un *drain de polythène* par lequel furent effectués de fréquents lavages.

Mais cette thérapeutique locale, associée à l'antibiothérapie, s'avère inopérante, la suppuration persista, inchangée, pendant plusieurs semaines, fatiguant la malade.

De plus, une opacification de la poche par le drain visualisa la communication biliaire, mais ne montra aucun passage vers la partie inférieure du kyste et du jéjunum. La kysto-jéjunostomie n'était donc pas fonctionnelle et la cavité se trouvait ainsi à l'état d'un kyste traité par réduction sans drainage avec rétention kystique infectée. C'était un échec (*fig. 4*).

Il fallut réintervenir six mois après pour drainer cette poche résiduelle, et l'on constata à cette occasion que la kysto-jéjunostomie était toujours *parfaitement perméable.* Cette intervention permit également de glisser une sonde de Nélaton dans l'anse montée, grâce à laquelle un contrôle ultérieur opacifia pour la première fois la communication de la poche avec l'anse montée (*fig. 5*).

La preuve était donc formellement apportée que la bouche d'anastomose et l'anse jéjunale étaient perméables, mais la kysto-jéjunostomie inopérante.

De ce fait, pensant à une surinfection par la kysto-jéjunostomie, celle-ci fut ultérieurement supprimée, et la malade reste porteuse actuellement d'une cavité fistulisée à la peau.

CHAPITRE III

COMMENTAIRES

Cette observation est certes unique, mais il n'en reste pas moins que :

— c'est un échec majeur de la kysto-jéjunostomie;

— sur une indication correctement posée : volumineux kyste postéro-supérieur du lobe droit, en partie calcifié, fistulisé aux voies biliaires, où les techniques radicales s'avéraient inapplicables;

— avec une technique satisfaisante : anastomose large et facile en un point parfaitement déclive de la cavité.

Quelles raisons peut-on invoquer pour expliquer cet échec ?

1) Le décollement et la séquestration de la paroi ?

Ne semble pas à retenir, car : une ablation minutieuse de toutes les portions de la paroi fut réalisée en cours d'intervention, et la preuve de l'inefficacité du drainage fut apportée radiologiquement quarante-huit heures après : il apparaît peu probable qu'une séquestration ait eut le temps de se produire si rapidement. Et même en ce cas, la largeur de la bouche d'anastomose rendait son élimination possible. Aucun séquestre intra-kystique n'a d'ailleurs été retrouvé lors de la seconde intervention.

2) L'obturation de la bouche ou la compression de l'anse ?

a) L'affrontement d'une muqueuse et d'un tissu conjonctif inflammatoires réalise certes une condition idéale pour la rétraction progressive et inévitable de la bouche anastomotique (Professeur agrégé Couinaud [3]). Or ici, six mois après sa réalisation, on eut la preuve palpable de la perméabilité de l'anastomose.

b) Le retour du foie contre la paroi postérieure a-t-il exclu la partie inférieure relativement étroite de la cavité ?

L'anse a-t-elle été comprimée par le retour en place des viscères ? Là encore cette hypothèse est à rejeter, l'opacification de l'anse et du kyste en sont la preuve.

3) Par contre, il semble bien que ce soit par un mécanisme de pression que l'on puisse expliquer cet échec :

— La région sous-diaphragmatique est une zone à pression négative, et dans la cavité kystique règne une très basse pression.

— Dans le jéjunum, au contraire, la pression est positive.

— De plus, la paroi kystique est inerte, se laissant remplir ou évacuer de façon passive, alors que la paroi jéjunale est contractile.

Il s'ensuit forcément un gradient de pression susceptible d'entretenir une stase et une infection permanentes aux dépens de la cavité résiduelle. La poche doit se remplir jusqu'à ce que sa pression soit équivalente à celle qui règne dans le jéjunum : seul à ce moment s'évacue le trop plein.

Et ceci est très important, car ce qui est mis en cause ce n'est pas la réalisation technique, que l'on peut toujours améliorer, mais bien le principe même de l'intervention, si satisfaisant sur le plan théorique.

CONCLUSIONS

Il s'agit d'un énorme kyste postérieur et supérieur du lobe hépatique droit (contenu : 5 litres), fistulisé dans les voies biliaires, avec compression cavo-sus-hépatique, chez une femme de trente-quatre ans, à l'état général précaire.

Les méthodes radicales étant inapplicables, la marsupialisation ayant été rejetée en raison de la déperdition intense qu'elle risque d'entraîner et du danger de perturbations graves de la volémie, la kysto-jéjunostomie, récemment préconisée par GOINARD, PÉGULLO et PÉLISSIER, fut retenue et facilement réalisée par le Professeur agrégé COUINAUD en un point déclive et particulièrement favorable de la cavité résiduelle.

L'évolution ultérieure fut grevée sur le plan général par un ictère par hépatite sévère, tenace malgré les corticoïdes, et récidivant, dont le pronostic est probablement assez sombre.

Le vrai problème, l'évolution de la poche kystique, fut défavorable. Une rétention liquidienne importante apparut précocement, rapidement infectée et le demeurant malgré les lavages du kyste et l'antibiothérapie; tandis que la preuve radiologique était fournie de l'inefficacité de l'anastomose.

Une seconde intervention, rendue nécessaire six mois après pour drainer la cavité résiduelle, apporta la preuve formelle de la perméabilité de la bouche d'anastomose et de l'anse montée qui fut facilement opacifiée à l'aide d'une sonde jéjunale placée lors de la réintervention.

Toute cause mécanique ayant été éliminée, l'échec de ce cas semble s'expliquer par un mécanisme des pressions : la pression négative qui règne dans le kyste et sa rigidité vont s'opposer

à la contractilité et à la pression positive de l'anse jéjunale, réalisant ainsi un gradient de pression aux dépens du kyste, et un remplissage permanent de la cavité résiduelle qui empêche son effacement et entretient l'infection.

Une observation ne peut évidemment suffire à porter un jugement définitif sur une méthode ; GOINARD, PÉGULLO et PÉLISSIER, par ailleurs, ont rapporté un succès à propos d'un cas semblable.

Il n'en reste pas moins que c'est un échec majeur de la kysto-jéjunostomie sur une indication correctement posée.

Et ce qui est en cause :

— *ce n'est pas la technique,* puisque l'on eut la possibilité de vérifier ultérieurement la perméabilité de la bouche et de l'anse, et que l'anastomose était déclive ;

— *mais le principe même de la méthode.*

Il semble donc qu'il faille rejeter la kysto-jéjunostomie dans le traitement des kystes hydatiques du foie *au contact du diaphragme,* en raison de la faible pression qui règne dans leur cavité après évacuation du parasite.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
BAUMANN

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1. Bourgeon (R.) et Guntz (M.). — La place de l'hépatectomie dans le traitement du kyste hydatique du foie. (*Revue Internationale d'Hépatologie,* 1960, 10, 1021-1073.)

2. Bourgeon (R.) et Guntz (M.). — Le kyste hydatique du foie. (*Revue du Praticien,* 1961, 1, 15-29.)

3. Couinaud (C.), Sultan (R.), Modarossi (L.) et Malamud (S.). — A propos du traitement du kyste hydatique du foie. (*Revue Internationale d'Hépatologie,* 1961, 7, 559-588.)

4. Goinard (P.), Pégullo (J.), Pélissier (G.), Houel (S.), Descuns (P.), Garré (H.), Butori (P.). — Le kyste hydatique. Thérapeutique chirurgicale. (Paris, Masson, 1960.)

5. Goinard (P.), Pégullo (S.), Pélissier (G.). — La kysto-jéjunostomie pour certains kystes hydatiques du foie. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* 16 mars 1960, 297-300.)

6. Pégullo (J.), Pélissier (G.). — Place de la kysto-jéjunostomie dans le traitement du kyste hydatique du foie. (*Annales de Chirurgie,* suppl. *Semaine des Hôpitaux de Paris,* mai 1960, 577-580.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 13

CHAPITRE I — Place de la kysto-jéjunostomie 14
Caractères particuliers de ces kystes postéro-supérieurs droits . . 14
Les méthodes radicales 15
Les méthodes palliatives 16
La kysto-jéjunostomie ou kysto-entéro-anastomose 17

CHAPITRE II — OBSERVATION 20

CHAPITRE III — Commentaires 27

CONCLUSIONS 29

BIBLIOGRAPHIE 31

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e^